|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi** **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi** **Düşme Olayı Bildirim Formu** **Eğitim Katılım Formu** | Doküman No. | SHB.FR.04 |
| Yayın Tarihi | 25.11.2019 |
| Revizyon Tarihi | 02.03.2022 |
| Revizyon No. | 1 |
| Sayfa No. | 1/1 |

|  |  |
| --- | --- |
| Olayın Gerçekleştiği Tarih-Saat: | Bildirim Tarihi: |
| Düşen Kişi : Personel Hasta Hasta Yakını |
| Düşen Kişinin Adı Soyadı: Yaşı: Cinsiyeti: |
| Düştüğü Yer : | Düşme Sebebi: |
|  Poliklinik : |  Hasta kaynaklı: |
|  Görüntüleme: |  Tedavi kaynaklı: |
|  Koridor : |  Tesis kaynaklı: |
|  Tuvalet : |  Diğer: |
|  Merdiven : |
|  Diğer : |
| Olayı anlatınız: |
| Düşme riskine yönelik alınan önlemler (düşme öncesi): |
| Düşme öncesi genel durumu: |
| Düşme sonrası genel durumu: |
| Bildirimi YapanınAdı Soyadı:Unvanı: |

Not: Birden fazla düşme nedeni yazılabilir.

Form doldurulduktan sonra Kalite Yönetim Birimine teslim edilecektir.